

受 付 年 月 日		年 月 日		常務理事	事務局長	業務部長	課 長	担当者
伺 年 月 日		年 月 日						
決 裁 年 月 日		年 月 日						
支 給 額		円						
支 給 内 訳	出産育児一時金	円		資 格 取 得	年 月 日			
	出産育児付加金	円		資 格 喪 失	年 月 日			

被保険者
家 族

出産育児一時金（付加金）請求書

① 被 保 険 者 証 番 号	—		② 事業所の名称		
③ 被 保 険 者 の 氏 名			④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	年 月 日	
⑤ 出 産 年 月 日	年 月 日		⑥ 死亡のときはその旨		
⑦ 出 産 し た 場 所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地				
⑧ 被扶養者の出産であるときはその者の氏名			⑨ 被扶養者の生年月日	年 月 日	
⑩ 出 産 し た 方	はいの場合	●被保険者⇒資格喪失後の出産ですか。 ●被扶養者⇒当組合加入後6か月以内の出産ですか。		☐ はい ☐ いいえ	
		●被保険者⇒現在加入している健康保険について ●被扶養者⇒以前加入していた健康保険について		保険者名	
		同一の出産について上記の保険者より出産育児一時金を		記号・番号	—
		☐ 受けた／受ける予定 ☐ 受けない			
⑪ 備 考					
⑫ 上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 氏名 電話 () 栃木県農協健康保険組合理事長 殿					

⑬ 振込希望の金融機関	農 協 ・ 銀 行		本所・支所，本店・支店，出張所	
	口座番号（普通・当座）		No. _____	
	(フリガナ) 被保険者の口座名義			

⑭ 証明欄(いずれか一方に証明を受けてください。)	医師・助産師による証明の場合				
	出産年月日	年 月 日	生産児数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
	生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 か 月 又 は 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関の所在地・名称 医師・助産師の氏名 印				
	市区町村長による証明の場合（生産のみ）				
	本 籍				筆頭者氏名
	母 の 氏 名		出生児氏名	出 生 年 月 日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長 印				

【添付書類】①医療機関から交付された『出産費用の領収・明細書』の写し
②医療機関と交わした『合意文書』の写し

なお、振込口座については間違いの無いよう、正確にご記入ください。
被保険者の口座に振込みますので、振込口座のご記入をお願いします。